

ANTONIO ALBERTO NOGUEIRA<sup>1</sup>

OMERO BENEDICTO POLI NETO<sup>2</sup>

JULIO CESAR ROSA E SILVA<sup>3</sup>

FRANCISCO JOSÉ CANDIDO DOS REIS<sup>4</sup>

# Síndromes miofasciais: causa comum e subdiagnosticada de dor pélvica crônica em mulheres

*Myofascial syndrome: a common and underdiagnosed cause of chronic pelvic pain in women*

## Editorial

A dor pélvica crônica (DPC) na mulher é uma condição comum e debilitante, com etiologia complexa, usualmente resultante da interação de vários sistemas – gastrointestinal, urinário, ginecológico, músculo-esquelético, neurológico e endocrinológico<sup>1</sup>, influenciado ainda por fatores socioculturais e psicológicos<sup>2,3</sup>. Permanece pouco compreendida, gera ansiedade, além de extensivas e repetidas investigações. Pela falta de diagnóstico correto, frequentemente, o tratamento limita-se ao alívio temporário e insatisfatório dos sintomas.

Embora os diagnósticos mais comuns das causas de dor pélvica crônica na mulher sejam endometriose, aderências, síndrome do intestino irritável e cistite intersticial/síndrome da bexiga dolorosa, o envolvimento do sistema músculo-esquelético na origem e perpetuação da DPC tem sido cada vez mais demonstrada<sup>4-6</sup>. Em clínicas especializadas no atendimento a mulheres com DPC, é comum encontrar pacientes submetidas a várias cirurgias, com diagnósticos repetidos de endometriose pélvica e aderências como causa de sua dor e que, apesar dos tratamentos realizados, não apresentaram melhora significativa. Após avaliação cuidadosa, não raramente se encontra como causa primária a dor miofascial, envolvendo o assoalho pélvico e a parede abdominal<sup>7,8</sup>. Dificultando ainda mais o diagnóstico, é muito frequente a interação e a sobreposição dos sintomas da dor de origem miofascial e os clássicos achados das síndromes do intestino irritável e cistite intersticial/síndrome da dor vesical. Cerca de 30 a 50% das mulheres com DPC têm comprometimento vesical (é possível ocorrer apenas uma exacerbação dos sintomas envolvidos, normalmente com a micção, como aumento da frequência urinária e sensação dolorosa com o enchimento vesical nessas mulheres com hiperalgesia)<sup>9,10</sup>.

A síndrome miofascial abdominal é caracterizada por dor intensa e profunda originada em pontos dolorosos e hipersensíveis, envolvendo músculos e/ou fâscias musculares, podendo causar dor em repouso ou quando estimulados por movimentos (recrutamento das fibras musculares locais) ou compressão local. Diferentes mecanismos fisiopatológicos podem estar envolvidos na origem e manutenção desses pontos dolorosos, entre eles: isquemia, micro e macrotraumas (cirurgias) e infecções-inflamações envolvendo essas estruturas e terminações nervosas locais. De qualquer forma, um elemento comum a todos esses mecanismos é uma reação inflamatória local e, algumas vezes, sistêmica. Ela, por si só, é capaz

### Correspondência:

Antonio Alberto Nogueira

Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

Avenida Bandeirantes, 3.900

CEP 14049-900 – Ribeirão Preto (SP), Brasil

E-mail: [aanoguei@fmp.usp.br](mailto:aanoguei@fmp.usp.br)

Recebido

30/7/09

Aceito com modificações

28/8/09

Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>1</sup> Professor Doutor do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>2</sup> Professor Doutor do Departamento de Cirurgia e Anatomia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>3</sup> Médico-Assistente do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

<sup>4</sup> Professor-Associado do Departamento de Ginecologia e Obstetria da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

de deflagrar estímulos nociceptivos e espasmos musculares com isquemia local, manutenção e reverberação do ciclo: espasmo muscular e dor.

O espasmo doloroso do assoalho pélvico pode resultar ainda de um reflexo visceromuscular. Esse reflexo patológico ocorre em mulheres com dor pélvica crônica de origem visceral e consiste na liberação de mediadores inflamatórios e neurotransmissores não só no sentido periferia-medula espinal (sentido drômico), mas também no sentido contrário (sentido antidrômico). Ambos ocorrem na área de representação corporal, seja ele um músculo (reflexo visceromuscular) ou outra víscera (reflexo viscerovisceral), e essa inflamação é chamada de inflamação neurogênica. Isso causa hipertonia muscular, com alteração de função, aparecimento de novos pontos de gatilho, e a dor miofascial se torna uma nova fonte geradora de dor<sup>11</sup>. Essa disfunção “hipertônica” dos músculos do assoalho pélvico está presente em uma grande proporção de pacientes com síndrome da dor vesical/cistite intersticial<sup>12</sup> e com endometriose pélvica.

Os ginecologistas devem lembrar que no diagnóstico diferencial de DPC devem ser incluídos a parede abdominal, os músculos do assoalho pélvico, todas as vísceras pélvicas, nervos e ligamentos. O modelo fisiopatológico da DPC é diferente daquele da dor aguda, e a compreensão dos mecanismos envolvidos nesse modelo é necessária para o adequado diagnóstico e tratamento dessas mulheres. A plasticidade das vias de condução da medula espinal (particularmente o corno dorsal) é, de certa forma, deteriorada frente a estímulos nocivos prolongados (crônicos), e pode resultar em uma significativa alteração no processo de informação sensorial<sup>13,14</sup>. Isso explica a complexidade e a extensão dos sintomas em mulheres com DPC<sup>9</sup>.

Concluindo, com base nesses aspectos fisiopatológicos, a DPC deve ser tratada como uma doença complexa, com outras etiologias além de endometriose e aderências pélvicas, muitas vezes sobrepostas, e que necessita de uma intervenção multidisciplinar paciente e duradoura<sup>15</sup> (em função da doença, que é de longa duração), além do uso muito criterioso de procedimentos cirúrgicos que visam a resolver rapidamente o seu problema e, na verdade, causam mais ansiedade e sofrimento.

## Referências

- Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol.* 2003;101(3):594-611.
- Savidge CJ, Slade P. Psychological aspects of chronic pelvic pain. *J Psychosom Res.* 1997;42(5):433-44.
- Romão AP, Gorayeb R, Romão GS, Poli-Neto OB, dos Reis FJ, Rosa-e-Silva JC, et al. High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract.* 2009;63(5):707-11.
- Steege JF. Office assessment of chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol.* 1997;40(3):554-63.
- Montenegro ML, Gomide LB, Mateus-Vasconcelos EL, Rosa-e-Silva JC, Candido-Dos-Reis FJ, Nogueira AA, et al. Abdominal myofascial pain syndrome must be considered in the differential diagnosis of chronic pelvic pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* In press; 2009.
- Montenegro ML, Mateus-Vasconcelos EC, Rosa e Silva JC, dos Reis FJ, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Postural changes in women with chronic pelvic pain: a case control study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2009;10:82.
- Almeida EC, Nogueira AA, dos Reis FJ, Rosa e Silva JC. Cesarean section as a cause of chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;79(2):101-4.
- Loos MJ, Scheltinga MR, Mulders LG, Roumen RM. The Pfannenstiel incision as a source of chronic pain. *Obstet Gynecol.* 2008;111(4):839-46.
- Mayer EA. Clinical implications of visceral hyperalgesia. *Contemp Intern Med.* 1994;6(7):42-54.
- Moldwin RM, Fried-Siegel J, Mendelowitz F. Pelvic floor dysfunction and interstitial cystitis. *J Urol.* 1994;151 Suppl:285A.
- Mense S. Nociception from skeletal muscle in relation to clinical muscle pain. *Pain.* 1993;54(3):241-89.
- Coderre TJ, Katz J, Vaccarino AL, Melzack R. Contribution of central neuroplasticity to pathologic pain: review of clinical and experimental evidence. *Pain.* 1993;52(3):259-85.
- Woolf CJ. Evidence for a central component of post-injury pain hypersensitivity. *Nature.* 1983;306(5944):686-8.
- Poli-Neto OB, Filho AA, Rosa e Silva JC, Barbosa HF, dos Reis FJ, Nogueira AA. Increased capsaicin receptor TRPV1 in the peritoneum of women with chronic pelvic pain. *Clin J Pain.* 2009;25(3):218-22.
- Nogueira AA, Reis FJC, Poli-Neto OB. Abordagem da dor pélvica crônica em mulheres. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(12):733-40.